

GRANULOMA TRICOFITICO DE MAJOCCHI POST-CORTICOTERAPIA TOPICA

Uribe-Jaramillo, Fabio; Robledo, Mary Ann; Sánchez, Jorge E.;
Franco, Liliana; Restrepo M. Angela.

RESUMEN

Se presenta la historia de un paciente con vitiligo bajo corticoterapia tópica y quien tenía, además, una dermatofitosis generalizada. Se observaban dos tipos de lesiones, unas eritemato-escamosas de bordes activos, que evocaban las tricoficias de la piel lampiña y que estaban diseminadas por toda la superficie cutánea y otras más escasas, de origen folicular, que formaban nódulos en la cara anterior de ambas piernas y que exhibían las características de los granulomas de Majocchi.

(Palabras clave: Granuloma, Majocchi, tiña, corticoesteroides, vitiligo *Trichophyton rubrum*, perifoliculitis granulomatosa)

INTRODUCCION

Las lesiones nodulares de las extremidades inferiores forman un grupo heterogéneo de entidades dermatológicas, algunas de ellas de origen microbiano, tales como las foliculitis y perifoliculitis micóticas, entre las que se encuentran el granuloma de Majocchi¹ (GM) y otras variedades de perifoliculitis granulomatosas que, según algunos autores, difieren clínica y anatomopatológicamente del GM^{2,3}. Este último es observado sólo en raras oportunidades. A continuación se presenta uno de tales casos.

HISTORIA CLINICA

Campeño de 23 años, soltero, procedente de San Marcos (Sucre), donde trabaja como jornalero. No hay antecedentes patológicos familiares, ni recuerda patología especial en su niñez. La enfermedad actual se inició hace 10 años con la aparición de zonas acrómicas en manos y pies, que el enfermo relaciona con traumatismos producidos durante su trabajo. Estas lesiones, con todas las características de un vitiligo, cre-

cieron progresivamente y se extendieron a otras zonas del tegumento. Actualmente hay lesiones pre-auriculares, peri-bucales y otras simétricas en cuello, nuca, pecho, espalda, codos, genitales y cara anterior de ambas piernas; estas lesiones unidas a las iniciales de manos y pies, conforman un cuadro de vitiligo generalizado el que, sin embargo, respeta el cuero cabelludo pues no hay acromías del cabello ni de los pelos en otras regiones afectadas por la entidad. El paciente no relata prurito ni otros síntomas subjetivos pero si experimenta gran aprensión por el problema estético; fue éste el que lo indujo a consultar hace 8 meses. No existen trastornos gástricos, ni síntomas o signos de problemas endocrinos.

Antes de iniciar la terapia, se practicaron los siguientes exámenes: V.D.R.L. (Cuantitativo) no reactivo; glicemia en ayunas: 97%; hemoglobina: 16; hematocrito 50 (35-52); leucocitos 11:500 con neutrófilos 55; linfocitos 40; eosinófilos 4; monocitos 1.

Se comenzó tratamiento con psoralenos, de los que se administraban 2 tabletas de 10 mg. los días martes y jueves, a las 9 am, seguidas de exposición al sol, 2 horas después, por 15 minutos. Luego se hacía una aplicación diaria de pomada con base en metasona. Ocho meses después, la revisión clínica mostró la desaparición de las máculas acrómicas de la cara anterior de ambas piernas. Las demás áreas se modificaron un tanto con el tratamiento, observándose cómo las zonas acrómicas habían sido reemplazadas por cambios eritemato-escamosos, producto de la sensibilización a la luz solar por los psoralenos. En este momento solamente las lesiones de manos y pies permitían identificar el vitiligo. Sin embargo, había un nuevo tipo de lesión que ahora cubría, desbordando por amplio margen, las zonas afectadas por el vitiligo. Estas lesiones eran eritemato-escamosas y tenían un tinte un poco más claro en las áreas que sobrepasaban las antiguas acromías; presentaban además, bordes activos y sobrelevantados. (Fig. 1). En la región inguinocrural el aspecto era el de una *tinea cruris*; igualmente llamaba la atención en la cara anterior de ambas piernas, la presencia de elementos infiltrativos, nodulares de 1 a 5 cm de diámetro, violáceos, planos o ligeramente elevados (Fig. 2). Los más recientes aparecían centrados sobre el vello; tales lesiones eran indoloras, no pruriginosas y sin tendencia a la supuración.

El diagnóstico clínico fue el de *tinea corporis* generalizada y de un granuloma de Majocchi.

Los exámenes con KOH mostraron restos de micelio, tanto en las lesiones superficiales como en las nodulares de las piernas. El cultivo fue positivo para *Trichophyton rubrum* en todas las muestras (Fig. 3).

Fabio Uribe Jaramillo
Mary Ann Robledo
Liliana Franco
Angela Restrepo M.
Corporación para Investigaciones Biológicas. (CIB)
Jorge E. Sánchez
Consultorio de Dermatología, Congregación Mariana,
Medellín
Correspondencia: Angela Restrepo. AA 73-78 Medellín



Fig. No. 1: *Tinea corporis* que sobrepasa los límites del vitiligo.



Fig. No. 4: Aspecto post-terapia: desaparición de los granulomas.



Fig. No. 2: Lesiones tipo granuloma de Majocchi.

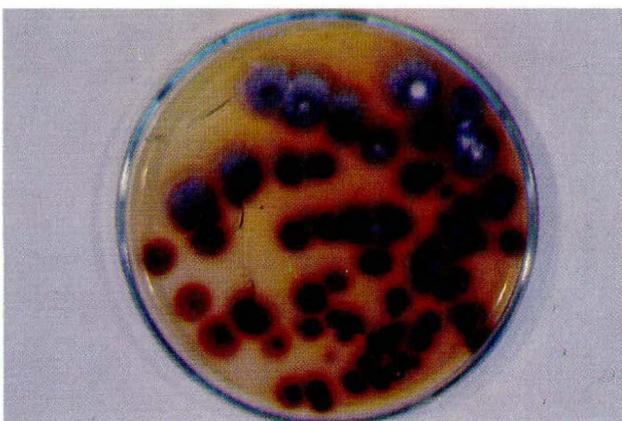


Fig. No. 3: *T. rubrum* aislado de las lesiones del granuloma de Majocchi.

Se inició tratamiento con 200 mg. diarios de itraconazol; 2 semanas después la mejoría era notoria y al mes el KOH era negativo y clínicamente, el paciente se encontraba sin lesiones (Fig. 4).

COMENTARIOS

Si bien es cierto que algunos vitiligos se asocian con alteraciones endocrinas e inmunológicas que llevan al desarrollo de micosis, tales como la candidiasis generalizada⁴ y que los rayos ultravioleta modifican las reacciones inmunológicas de la piel⁵, creemos que la aparición en este paciente de una dermatomicosis, que no sólo se extendía superficialmente sino que también lo hacía en profundidad, fue debida a la disminución de las defensas inmunológicas celulares ocasionada por la aplicación prolongada de esteroides tópicos.

Usualmente los dermatofitos, como el *T. rubrum* aislado en nuestro enfermo, limitan su actividad a las zonas más queratinizadas de uñas, pelos y superficies cutáneas pero no invaden los tejidos profundos⁶; hay, sin embargo, excepciones a esta regla, sobre todo en lesiones foliculares y perifoliculares agudas, como es el querion de Celso y crónicas, como en el caso del granuloma tricofítico de Majocchi.

Este granuloma fue descrito en 1883⁷. Tal tipo de lesión revela cómo algunos dermatofitos son capaces de sobrevivir y propagarse en un medio exento de queratina, como es el mesenquimatoso, en enfermos en los que están ausentes o disminuidos los niveles del factor inhibidor fungistático del suero⁸. Este granuloma tricofítico se acompaña siempre de un foco micótico superficial, desde el cual los dermatofitos atacan el pelo y descienden hasta el fondo del folículo¹; producen allí una reacción inflamatoria que termina rompiendo el folículo; ello permite que los dermatofitos pasen, con restos de queratina pilar y folicular, a la dermis¹. La queratina del huésped y la quitina del hongo desencadenan entonces una reacción inflamatoria crónica, tipo granuloma de cuerpo extraño¹; se forma así la afección folicular y perifolicular granulomatosa de Majocchi.

Hay una variedad del granuloma dermatofítico que tiene algunas diferencias con el GM, como fuera inicialmente descrito por Wilson y col³, quienes informaron casos con "perifoliculitis granulomatosa". Tales enfermos mostraban lesiones en miembros inferiores y se presentaban en mujeres entre 19 y 50

años, de cabello negro y que exhibían hipertrichosis de las piernas, por lo cual se sometían a rasuradas periódicas. La entidad se confundía con tuberculosis indurativa, dermatitis por estasis con tromboflebitis localizada, vasculitis nodular y diversas infecciones granulomatosas. La confusión se debía a que la asociación de lesiones de tipo eczema con lesiones nodulares y cicatriciales, hacía descartar clínicamente las dermatofitosis; también a que las coloraciones con H & E no mostraban los hongos; posteriormente con el método de Hotchkiss-McManus se demostró el hongo y se aisló luego el *T. rubrum* de los cultivos hechos a partir de las biopsias, así como de las lesiones escamosas superficiales.

Posteriormente se describió el "granuloma dermatofítico de invasión folicular"² y se establecieron las diferencias anatómicas con el GM; en este último, el hongo penetra en la dermis con restos de pelos y queratina folicular; en cambio, en el granuloma por "invasión" no hay ruptura del folículo y el hongo pasa solo, sin restos de queratina pero desencadenando la reacción granulomatosa de cuerpo extraño. Este tipo de granuloma peripilar probaría la capacidad de adaptación del hongo a un medio libre de queratina. Otra diferencia con el GM, es que éste puede localizarse en cuero cabelludo, barba, manos, escroto y glúteos. Además, usualmente aparece y desaparece sin dejar cicatriz.

Hay, finalmente, una lesión, el micetoma por dermatofitos, descrito en cuero cabelludo de enfermos africanos⁹, que representa un estadio más en la adaptación de los dermatofitos a los tejidos subcutáneos.

SUMMARY

A patient with extense vitiligo who was undergoing therapy with topical corticosteroids, developed generalized dermatophytosis; most of the lesions had active borders, presented an erythematous, scaling border and were typical of the dermatophytic infection of the glabrous skin. There were other lesions characterized by their follicular origin and nodular aspect, suggestive of Majocchi's granuloma. (Key words: Granuloma, Majocchi, tinea, corticosteroids, vitiligo *Trichophyton rubrum*, perifolliculitis granulomatous).

BIBLIOGRAFIA

1. Moschella S, Hurley HJ. Majocchi's Granuloma. *Dermatology*, Vol. 1 W.B.Saunders Co. Philadelphia, pp. 763-765, 1985.
2. Armijo F, Lachapelle JM. Granuloma dermatophytique du derme (a *Trichophyton rubrum* var. *Rhodainii*) par envahissement folliculaire. *Ann Dermatol Venereol (Paris)* 1981; 108: 987-992.
3. Wilson JM, Plunkett O, Gregersen A. Nodular granulomatous perifolliculitis of the legs caused by *Trichophyton rubrum*. *AMA Arch Dermatol Syphil* 1954; 69: 258-277.
4. Bames L, Norlund J. Vitiligo. En: *Clinical Dermatology*, J. Chief (Ed), Vol. 2, Unit 11-33, 18ava. Ed., J.B. Lippincot. Philadelphia, 1991, pp. 1-14.
5. Kochevar J. Photobiology-Basic Science. *Dermatologic Clinics*. 1986; 4: 171-179.
6. Rippon J. Dermatophytosis and Dermatomycosis. In: *Medical Mycology*. Third Ed., W.B. Saunders Co. Philadelphia, 1988, pp. 169-275.
7. Shelly J, Crissey J, Domenico Majocchi. In: *Classics in clinical dermatology*. Second Printing. Charles C. Thomas Publisher. Illinois, USA, 1970, pp. 283-286.
8. Dabrowa N. *T. rubrum* IN: *The Diagnosis and Treatment of Fungal Infections*. Robinson HM. (ed). C.C. Thomas, Springfield, Il. 1974, pp. 29-39.
9. Strobel M, Ndiaye B, Marchand J, et al. Mycetoma a dermatophyte du cuir chevelu. *Ann Dermatol Venereol (Paris)* 1980; 1: 107: 1181-1184.